

# Recensão do livro: Relapse prevention counseling workbook. Practical exercises for managing high-risk situations

MIGUEL TRIGO\*

**RESUMO**

*Objectivos: Considerando a relativa escassez de literatura em língua portuguesa sobre prevenção da recaída em dependentes de substância, é feita uma recensão crítica a um texto baseado no modelo de Gorski-CENAPS®.*

*Método: Descrevem-se sete objectivos terapêuticos e respectivos exercícios: (1) estabelecer o compromisso de parar, (2) planear travar rapidamente a recaída se ela ocorrer, (3) identificar situações de risco elevado, (4) mapear e gerir as situações de risco elevado, (5) gerir reacções pessoais perante situações de risco elevado, (6) desenvolver um plano de recuperação e (7) avaliar competências para lidar com as situações de risco elevado.*

*Conclusão: Considerando que a cessação, a manutenção ou a recaída são processos fluidos e habituais na recuperação da dependência de substâncias, salienta-se a importância de desenvolver programas de tratamento globais.*

**Palavras-Chave:** Prevenção da recaída; Aconselhamento; Modelo de Gorski-CENAPS®; Dependência de Nicotina; Mapas de Recaída; Risco de Recair.

## **Relapse prevention counseling workbook. Practical exercises for managing high-risk situations\***

Porque razão uma pessoa envolvida ao longo de vários anos numa toxicodependência poderia atingir a cura após alguns dias de desintoxicação? Na realidade, não é possível reaprender subitamente a viver sem uma substância da qual se é profun-

damente dependente. Esta questão é central no planeamento dos cuidados de saúde a prestar a estas populações, particularmente quando se nota que o problema da desabitação tabágica começa a adquirir a devida importância em Portugal. Curiosamente, apesar do Sistema Nacional de Saúde ainda dispor de poucas consultas para a desabitação tabágica, têm florescido clínicas privadas que promovem a interrupção do consumo. Ainda que aceitemos a possibilidade destas abordagens «imediatas», «fáceis» e «indolores» terem alguma eficácia em iniciar o parar de fumar, importa pensar no que acontece depois desse momento. Se a pessoa não aprendeu nenhuma estratégia emocional, cognitiva, comportamental ou social para lidar com a situação de não fumar, como poderá então manter-se sem fumar?

À semelhança de outras situações de doença, a recuperação das adições também requer tempo de convalescença. Uma fractura do osso de um membro necessitará, evidentemente, de um período de imobilização, seguido de acompanhamento fisioterapêutico. De forma análoga será fundamental implementar programas de prevenção da recaída (PR) na desabitação de substâncias, bem como promover o estudo e a divulgação destas abordagens, especialmente quando existe tão pouca literatura portuguesa neste domínio. Aliás, este trabalho insere-se numa investigação mais alargada sobre temas de dependência tabágica<sup>1,2,3,4</sup>, incluindo os modelos de PR<sup>5</sup>. Neste domínio, sobressaem diversos textos de Alan G. Marlatt<sup>6,7</sup> e Terence T. Gorski<sup>8,9</sup>, nomeadamente um trabalho desenvolvido por Gorski & Trundy<sup>10</sup> acerca do aconselhamento em PR que, pela sua sistematização e pragmatismo, se con-

\*Psicólogo clínico.

Mestre em Saúde Mental.

Docente no Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Consulta de Desabitação Tabágica do Centro de Saúde de Odivelas / Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas.

\*Gorski T, Trundy A. Relapse prevention counseling workbook. Practical exercises for managing high-risk situations. Spring Hill: Herald House/Independence Press; 2000. 71 Páginas. ISBN 0-8309-0739-4.

siderou útil resumir.

O modelo de Gorski-CENAPS<sup>a</sup> recorre, quer a abordagens psicoterapêuticas, quer centradas no aconselhamento. Se o tratamento psicoterapêutico é mais longo, profundo e exige disponibilidade para examinar padrões comportamentais alicerçados na infância, já o aconselhamento tem um foco delimitado, a intervenção é mais breve e visa desenvolver competências específicas para lidar com a recaída. Note-se que alguns autores<sup>11</sup> desvalorizam esta distinção, por considerarem que ela se baseia mais nas diferenças do contexto de intervenção ou percepção dos técnicos sobre o seu papel e menos no conteúdo ou nos processos intrínsecos a cada actuação.

Polémicas à parte, aquilo que interessa é que os Serviços de Saúde prestem cuidados especializados, com uma boa relação entre custos, duração e eficácia. Estes critérios colocam numa posição privilegiada as abordagens baseadas nas técnicas de aconselhamento. Assim, ao longo do seu texto, Gorski & Trundy<sup>10</sup> apresentam um conjunto de exercícios para identificar antecipadamente situações de risco elevado, bem como para alterar estilos de vida e comportamentos auto-derrotistas<sup>b</sup>. Logo no início, recomendam que o uso do manual seja acompanhado por um terapeuta, conselheiro ou grupo de auto-ajuda, capaz de discutir os sentimentos, pensamentos e respostas que cada exercício

a. Acrónimo de *Center for Applied Sciences* (CENAPS) – [www.cenaps.com](http://www.cenaps.com)

b. Alguns exemplos de comportamentos auto-derrotistas que podem conduzir à recaída são o adiamento da resolução de um problema, a desvalorização da situação, pensar que já está curado, agir de forma negligente, fixar-se no medo de enfrentar um desafio como pretexto para não reagir, tornar-se passivo frente ao risco, procurar uma solução mágica, etc.

suscita, deixando antever um lugar de destaque para as relações interpessoais. Mais do que ler, é necessário recriar condições para viver internamente as situações apresentadas ao longo do livro, apelando sempre à partilha e ao reforço dos laços com as pessoas emocionalmente significativas. A abordagem aqui sugerida reveste-se, pois, de uma natureza sócio-cognitiva, funcionando o meio como um recurso que ajuda a potenciar a mudança e a manter a abstinência. Neste sentido, aprender a viver sem dependência implica o envolvimento activo de outras pessoas.

### Modelo de aconselhamento

#### Gorski-CENAPS<sup>®</sup>

Resumidamente, Gorski & Trundy<sup>10</sup> apresentam sete exercícios para prevenir a recaída na dependência de substâncias: (1) estabelecer o compromisso de parar, (2) planejar travar rapidamente a recaída se ela ocorrer, (3) identificar situações de risco elevado, (4) mapear e gerir as situações de risco elevado, (5) gerir reacções pessoais perante situações de risco elevado, (6) desenvolver um plano de recuperação e (7) avaliar competências para lidar com as situações de risco elevado.

#### 1. ESTABELECEM O COMPROMISSO DE PARAR

*Objectivos.* Identificar os problemas que levaram a pessoa a iniciar o processo de recuperação, discutir o que poderá acontecer se a abstinência for violada e promover um compromisso pessoal e por escrito com o processo de recuperação e PR.

*Exercícios.* (1) Descrever as principais razões que justificam o pedido de tratamento. (2) Identificar as consequências pessoais de continuar a usar substâncias, recorrendo a perguntas como: «qual é a coisa menos

má que lhe pode acontecer se continuar a consumir?», «qual é a pior coisa que lhe pode acontecer se continuar a consumir?», «qual é a coisa que provavelmente acontecerá se continuar a consumir?». (3) Assinar um contrato de PR, no qual constam os termos e condições do tratamento.

#### 2. PLANEAR TRAVAR RAPIDAMENTE A RECAÍDA SE ELA OCORRER

*Objectivos.* Desenvolver um plano de intervenção na recaída, capaz de travar rapidamente uma situação de violação da abstinência («travões cognitivos»), antes de surgirem problemas mais graves.

*Exercícios.* Na sua forma mais simples, um plano de intervenção na recaída resulta da resposta a três questões: «no caso de recair, o que vou fazer para voltar à abstinência?», «no caso de recair ou deixar de frequentar o tratamento, o que deve fazer o meu *terapeuta*?» e «no caso de recair, o que devem fazer as *pessoas significativas* da minha vida?».

#### 3. IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE RISCO ELEVADO

*Objectivos.* Aprender o que são situações de risco elevado e de risco comum, identificando os contextos e as acções pessoais que podem conduzir à recaída<sup>c</sup>.

*Exercícios.* (1) Ler uma lista com situações habituais de risco para a recaída. (2) Identificar as situações de risco que se aplicam à pessoa. (3) Descrever as situações que podem

c. No mesmo sentido em que Marlatt & Gordon<sup>6</sup> usam o conceito de *Apparently Irrelevant Decisions* (Decisões Aparentemente Irrelevantes), Gorski & Trundy<sup>10</sup> sugerem dois acrónimos para designar o mesmo fenómeno – BUDD (*Building Up to Drink and Drug/Arranjar Maneira de Beber e de se Drogar*) e SOUR (*Setting Ourselves Up to Relapse/Preparar-se para Recair*).

provocar recaída, etiquetando-as com títulos breves para serem mais fáceis de recordar.

#### 4. MAPEAR E GERIR AS SITUAÇÕES DE RISCO ELEVADO

*Objectivos.* Nesta fase é importante desenvolver a capacidade para identificar momentos específicos, no início, meio e fim das situações de risco, a fim de fazer alguma coisa diferente que previna o uso de substâncias. Discutem-se também maneiras de evitar activamente as situações de risco.

*Exercícios.* (1) A pessoa começa por aprender o que é o «mapa de uma situação»<sup>d</sup>, devendo fazer três tipos de mapas: situações de risco elevado que *conduziram* a uma recaída, situações de risco elevado que *não conduziram* à recaída e situações de risco elevado que a pessoa *poderá enfrentar* num futuro próximo. (2) Em cada mapa procuram-se falhas ou «buracos» que correspondam a processos psicológicos, acções ou situações não identificadas pela pessoa enquanto relatava a sua história. (3) O terceiro passo é a identificação de três momentos de intervenção («buracos» no princípio, meio e fim da história), nos quais possa ser feito algo que evite o uso da substância.

#### 5. GERIR REACÇÕES PESSOAIS PERANTE SITUAÇÕES DE RISCO ELEVADO

*Objectivos.* Aprender a identificar

d. Gorski & Trundy<sup>10</sup> definem o «mapa de uma situação» como uma descrição exacta daquilo que a pessoa fez e da forma como as outras pessoas reagiram ao que a pessoa fez. Assim, o terapeuta solicita à pessoa que descreva o sucedido, como se de uma história com princípio, meio e fim se tratasse. O mapa deve-se iniciar com a seguinte frase – «a situação de risco começou quando...», continuando a história até ao fim, conduzida pela pergunta – «e o que aconteceu a seguir?».

reações pessoais automáticas, designadamente pensamentos irracionais, sentimentos difíceis de superar, acções automáticas e auto-destrutivas, envolvidas na activação do desejo/urgência de consumir. Parte-se do princípio de que, à medida que a forma habitual de reagir às situações de risco é conhecida, a pessoa torna-se mais capaz de lidar com as tentações.

Pretende-se ainda transformar as «reações» em «respostas pessoais»<sup>e</sup>. Assim, desenvolvem-se novas formas de pensar (ex. reflectir antes de agir, compreender que não posso sentir-me sempre bem, encontrar sentidos existenciais construtivos, viver em função de princípios e não de impulsos), de lidar com os sentimentos (ex. adiar a gratificação, tolerar a frustração, aceitar que os estados emocionais são transitórios), de gerir as urgências (ex. paragem ou substituição de pensamento, recordar as razões de parar, abandonar a situação, compensar o ritual mão-boca) e de melhorar o relacionamento com as pessoas (ex. manter relações significativas e gratificantes). As pessoas são também familiarizadas com alguns princípios básicos do funcionamento psicológico: os pensamentos causam sentimentos, os pensamentos e os sentimentos causam a sensação de urgência/impulso de consumir, a sensação de urgência e as decisões pessoais conduzem a acções e as acções provocam reacções nas outras pessoas.

*Exercícios.* Reportando-se às situações de risco previamente defini-

e. Gorski & Trundy<sup>10</sup> fazem uma distinção entre «reações pessoais» e «respostas pessoais». No primeiro caso, englobam-se as acções irracionais, impulsivas, automáticas e não conscientes. No segundo caso, incluem-se as escolhas deliberadas, conscientes e auto-controladas.

das no terceiro exercício (identificar situações de risco elevado), a pessoa identifica (a partir de uma lista) e descreve pensamentos, sentimentos, sensações de urgência, comportamentos auto-derrotistas e reacções das pessoas que possam aumentar a probabilidade de recair. Em relação a cada uma das dimensões (pensamentos, sentimentos, etc.), devem-se procurar respostas diferentes e mais eficazes.

#### 6. DESENVOLVER UM PLANO DE RECUPERAÇÃO

*Objectivos.* Considerando que as pessoas em processo de recuperação tendem a manter hábitos de risco, sugere-se a adopção de estilos de vida protectores que, por um lado, minimizem a exposição ao risco mas, por outro lado, sirvam de apoio quando a pessoa tem de lidar com essas situações. O objectivo é envolver a pessoa em rotinas saudáveis que promovam a recuperação, aumentem o nível de consciência sobre as próprias situações de risco e evitem a recaída.

*Exercícios.* A partir de uma lista com actividades de recuperação, a pessoa escolhe aquelas que lhe serão mais úteis, fazendo uma previsão dos obstáculos que se poderão levantar e das medidas concretas para os ultrapassar.

Naturalmente, as actividades adequadas para certas pessoas podem não ser para outras, tornando-se necessário que cada programa se ajuste às necessidades e perfil de risco individual. As actividades que se integram no plano semanal<sup>f</sup> são as seguintes: aconselhamento profissional regular (sessões de psicoeducação e terapia individual ou de grupo), programas de auto-ajuda (Alcoólicos Anónimos<sup>g</sup>, Narcóticos Anónimos<sup>h</sup>, Nicotino-Dependentes Anónimos<sup>i</sup>), adopção de regimes alimentares equilibrados, prática re-

gular de actividade física (trinta minutos diários de exercício aeróbio como andar, nadar ou fazer ginástica aeróbia), programas de gestão de stress (aconselhamento, relaxamento ou actividades de lazer), desenvolvimento espiritual (participar em projectos de solidariedade, rezar, meditar ou integrar grupos de oração), planeamento das actividades diárias (quinze minutos de manhã), revisão dos progressos alcançados e problemas enfrentados nesse dia (quinze minutos à noite). Estas actividades devem-se desenvolver diariamente durante, pelo menos, os dois primeiros anos de recuperação.

#### 7. AVALIAR COMPETÊNCIAS PARA LIDAR COM SITUAÇÕES DE RISCO ELEVADO

**Objectivos.** Identificar as competências e dificuldades pessoais para lidar com as situações de risco. Avaliar também as aprendizagens, comparando as competências da pessoa, antes e depois de participar no programa. O objectivo geral é melhorar o nível de auto-conhecimento em relação às reacções habituais perante o risco, pondo em evidência as áreas mais deficitárias.

**Exercícios.** (1) Avaliação dos objectivos iniciais da participação no programa, (2) até que ponto eles foram atingidos, (3) quais as aprendizagens

f. Fazer um plano de actividades de recuperação pressupõe que cada tarefa seja realizada rotineiramente, numa determinada hora do dia. Se a pessoa não pode cumprir diariamente essa acção, então não se trata de uma actividade de recuperação. Para este efeito, Gorski & Trundy<sup>10</sup> sugerem a utilização de um horário semanal no qual são lançadas as actividades de recuperação.

g. Endereço electrónico dos Alcoólicos Anónimos: [www.aaportugal.org](http://www.aaportugal.org)

h. Endereço electrónico dos Narcóticos Anónimos: [www.na-pt.org](http://www.na-pt.org)

i. Endereço electrónico dos Nicotino-Dependentes Anónimos: [www.nicotine-anonymous.org](http://www.nicotine-anonymous.org)

gens efectuadas e (4) respectivas consequências para o dia-a-dia.

#### Comentário

Se inicialmente as terapias para a PR foram desenvolvidas para tratamento do alcoolismo, a verdade é que hoje são extensivamente utilizadas como recurso coadjuvante na recuperação de vários tipos de abuso e dependência de substâncias, bem como em outros domínios da psicopatologia. Genericamente, as abordagens em PR baseiam-se no princípio de que os sinais e sintomas da dependência não desaparecem com a abstinência, tornando-se fundamental conhecer e interpretar esses avisos. Embora em outros trabalhos Gorski<sup>8</sup> seja fortemente influenciado pelo modelo da doença<sup>5</sup> e pela abordagem dos Doze Passos<sup>12</sup>, neste programa de aconselhamento sobressai a influência das concepções sócio-cognitivas. O esquema de exercícios proposto é breve (sete sessões), focalizado (identificação dos sinais de aviso) e estratégico (exercícios que visam objectivos), destinando-se a prevenir e/ou a lidar com eventuais recaídas.

Apesar do inequívoco interesse e valor deste modelo de aconselhamento, é escassa a fundamentação teórica dos exercícios que poderia ser útil para uma melhor compreensão do processo de recuperação. Também não existem citações ao longo do texto ou uma lista bibliográfica que remeta para leituras e aprofundamentos complementares. Por outro lado, é necessário ponderar sobre a aplicabilidade do modelo à realidade portuguesa que, provavelmente, beneficiará com alguns ajustamentos. Em primeiro lugar, será pertinente que a utilização dos exercícios seja acompanhada por um técnico de saúde especializado em desabitação de químicos. Em-

bora os autores se refiram indiferentemente à presença de um terapeuta, conselheiro ou grupo de auto-ajuda, numa fase inicial a qualidade da relação terapêutica será determinante. É difícil a uma pessoa em recuperação iniciar o programa de exercícios sem um forte suporte, especialmente se considerarmos as características sócio-educacionais e cognitivo-emocionais de algumas destas populações. Em segundo lugar, a pertinência das tarefas deverá variar em cada pessoa e uma estrutura fixa de exercícios pode adquirir uma natureza impessoal, colocando em risco a adesão ao tratamento. Finalmente, não existe uma versão portuguesa traduzida do manual, o que constitui um obstáculo importante.

Se a natureza da dependência de substâncias é sócio-psico-biológica, a sua abordagem clínica tem de ser feita através de equipas pluriprofissionais. Assim, devem estar disponíveis todos os recursos terapêuticos cuja efectividade esteja cientificamente demonstrada. Neste lote de tratamentos incluem-se as abordagens sobre os processos de mudança<sup>13</sup> e motivação humana<sup>14</sup>, a terapia centrada na pessoa<sup>15,16</sup>, a terapia cognitivo-comportamental<sup>17</sup>, a terapia racional emotiva do comportamento<sup>18</sup>, a terapia de substituição nicotínica<sup>19,20</sup> e a terapia para a prevenção da recaída<sup>6,8</sup>. Igualmente relevantes são os modelos e teorias sobre a auto-eficácia<sup>21</sup>, a dissonância cognitiva<sup>22</sup>, o sentido de coerência<sup>23</sup> ou o *hardiness*<sup>24</sup>. Como é evidente, o uso correcto destes recursos exige um nível adequado de especialização em aconselhamento na área das dependências. Interessa notar que este aconselhamento mistura técnicas de psicoeducação, conhecimentos sobre a psicobiologia da dependência, um correcto manejo das dinâmi-

cas de grupo, bem como da aliança terapêutica. Na realidade, apenas um esquema completo de tratamento poderá promover uma efectiva recuperação.

### Bibliografia

1. Trigo M, Coelho R, Rocha E. Factores de risco clássicos e socio-demográficos da doença das artérias coronárias: Revisão da literatura. *Rev Port Psicossom* 2001; 3 (2): 239-62.
2. Trigo M, Rocha E. Cessação de hábitos tabágicos em doentes coronários. *Acta Med Port* 2002 Set-Out; 15 (5): 337-44.
3. Trigo M. Recensão de livros. American Lung Association. 7 Steps to a smoke-free life. *Rev Port Psicossom* 2004; 6 (1): 137-40.
4. Trigo M. O que provoca realmente a mudança nos fumadores? *Rev Port Clin Geral* 2005 Mar-Abr; 21 (2): 161-82.
5. Trigo M. (no prelo). Prevenção da recaída: Os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência.
6. Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention. Maintenance in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
7. Marlatt G, George W. Relapse prevention and maintenance of optimal health. In: Shumaker S, Schron E, Ockene J, McBee W (editors). *The handbook of health behavior change*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 1998. p 33-58.
8. Gorski T, Miller M. Staying sober. A guide for relapse prevention. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1986.
9. Gorski T. Relapse prevention therapy workbook. Managing core personality and lifestyle issues. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1995.
10. Gorski T, Trundy A. Relapse prevention counseling workbook. Practical exercises for managing high-risk situations. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 2000.
11. Kwiatkowski R. Counseling and psychotherapy: Are they different and should we care? *Couns Psychol Q* 1998 Mar; 11 (1): 5-14.
12. Alcoólicos Anónimos. Doze passos e doze tradições. Lisboa: Alcoólicos Anónimos; 2003.
13. Prochaska J, Johnson S, Lee P. The transtheoretical model of behavior change. In: Shumaker S, Schron E, Ockene J, McBee W (editors). *The handbook of health behavior change*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 59-84.
14. Miller W, Rollnick W. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2002.
15. Rogers C. Manual de counseling. Lisboa: Editora Encontro; 2000.
16. Rogers, C. Tornar-se pessoa. Lisboa: Moraes Editores; 1985.
17. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 1993.
18. Bishop F. Managing addictions. Cognitive, emotive, and behavioral techniques. New Jersey: Jason Aronson; 2001.
19. Soares I, Carneiro A. Normas de orientação clínica para o tratamento do uso e dependência do tabaco. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde – Ministério da Saúde; 2002.
20. Fiore M, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: United States Department of Health and Human Services; 2000.
21. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
22. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press; 1957.
23. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
24. Kobasa S, Maddi S, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav* 1981 Dec; 22 (4): 368-78.

### Endereço para correspondência:

Miguel Trigo  
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Departamento de Psicologia. Av. Campo Grande, 376. 1749-024 Lisboa  
Tel: 217 515 500  
E-mail: miguel.trigo@ulusofona.pt

Recebido para publicação em 29/11/05  
Aceite para publicação em 4/2/06

### ABSTRACT

*Objectives: Considering the relative scarcity of Portuguese literature about relapse prevention among substance addicts, a critical revision of the Gorski-CENAPS® model is performed. Method: Seven therapeutic objectives and exercises are described: (1) making the commitment to stop using, (2) planning to stop relapse quickly if it occurs, (3) identifying high-risk situations, (4) mapping and managing high-risk situations, (5) managing personal reactions to high-risk situations, (6) developing a recovery plan and (7) evaluating high-risk situations management skills. Conclusion: Considering that cessation, maintenance or relapse are fluid and usual processes in substance addiction recovery, it is emphasized the importance of developing comprehensive treatment programs.*

**Key-words:** Relapse Prevention; Counseling; Gorski-CENAPS® Model; Nicotine Dependence; Relapse Maps; Relapse Risk.